

ТАЗОВА ВЪЗПАЛИТЕЛНА БОЛЕСТ



ТАЗОВАТА ВЪЗПАЛИТЕЛНА БОЛЕСТ (ТВБ) Е АСЦЕНДИРАЩА ПОЛИМИКРОБНА ИНФЕКЦИЯ НА ГОРНИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ. Най-често е свързана с полово-предавани инфекции (ППИ), *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis*, но включва и инфекции от микроорганизми, намиращи се в ендогенната вагинална и цервикална флора. Тук се включват анаеробни и факултативни бактерии, подобни на тези, свързани с бактериалната вагиноза. Микоплазми на гениталния тракт, най-вече *Mycoplasma genitalium*, също се свързват с развитието на ТВБ. Заболяването има дълготрайни последици, включващи тубарен инфертилитет, извънматочна бременност и хронична тазова болка. Този обзор предлага препоръки относно диагнозата, лечението и проследяването на пациентки, развили тазова възпалителна болест.



проф. д-р Мария
Малинова

Категора „Акушерски
грижи“, ФОЗ,
МУ-Пловдив

С термина тазова възпалителна болест (ТВБ) се определя възпалителен процес на горния генитален тракт. Най-честите инфекциозни причинители са тези, предавани по полов път, като *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*.

Честота

Тазовата възпалителна болест (ТВБ) е синдром, който засяга предимно жени в репродуктивна възраст и може да доведе до хронична тазова болка и безплодие. Всяка година приблизително 1.2 млн. жени в САЩ развият ТВБ, като само една четвърт от тях се хоспитализират^[1]. Почти

две трети от случаите са пог 25-годишна възраст. Като причина се приема, че девойките и младите жени не са склонни към дълготрайна, моногамна връзка. Честата смяна на сексуалните партньори без използване на бариерни противозачатъчни средства увеличава риска от инфектиране и развитие на ТВБ. Освен възрастта, други големи рискови фактори за ТВБ са наличие на вътрематочен песар, предшестваща маточна процедура и вагинални душове. Последните увеличават два пъти риска от развитие на ТВБ поради нарушаване на нормалния микробиом на влагалището. Възпалителните процеси, включени в ТВБ, са ендометрит, салпингит, тубо-овариален абсцес и тазов перитонит. Тъй като ТВБ може да бъде симптоматична или

асимптоматична, тя често остава недиагностицирана и нелекувана. Дори когато се появят симптоми, диагнозата ѝ въз основа на клинични признаци и симптоми често е неточна. Много жени, с диагноза ТВБ, нямат данни за инфекция на гениталния тракт, докато други разбират, че вероятно са прекарвали такава, едва когато научат, че имат тубарен фактор на безплодие. Диагнозата на ТВБ е сложна, защото може да бъде следствие от полово-предавани патогени, включително *Neisseria gonorrhoeae* или *Chlamydia trachomatis*, може да възникне, когато респираторни или чревни патогени инфектират женския генитален тракт, или може да се получи, когато бактерии и микоплазми, които са част от вагиналния микробиом, асцендират към

Ключови думи:
тазова
възпалителна
болест (ТВБ),
полово-предавани
инфекции (ППИ)

горния генитален тракт и причиняват възпаление^[2].

Въпреки че ТВБ рядко е животозастрашаваща, тя води до дългосрочни усложнения. ТВБ е отговорна за хронична болка в таза и безплодие, които водят до значителни разходи в общественото здравеопазване. Възпалителен процес на маточните тръби може да доведе до развитие на извънматочна бременност, която налага оперативно лечение, а понякога може да доведе и до смърт при жени в репродуктивна възраст^[3].

ТВБ се причинява най-често от *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, полимикробна инфекция при около ~35% от случаите. Етиологията на ТВБ се промени през последните 70 години, тъй като наличието на поточни диагностични тестове и разпространението на патогените се промениха. *Mitchell et al.*^[4] обобщават, че през 1950 г. ТВБ най-често се свързва с *Mycobacterium tuberculosis* и *N. gonorrhoeae*, докато през 1980 г. повечето случаи се приписват на гонококова инфекция. Тогава все още няма чувствителни диагностични тестове за *C. trachomatis*. Делът на жените с диагностицирана ТВБ, които имат гонококова или хламидиална инфекция, варира в широки граници в зависимост от това дали мястото за вземане на пробата е шийката на матката, ендометриумът, фалопиевите тръби или перитонеума и дали откриването се основава на култура или тестове за амплификация на нуклеинова киселина (NAATs)^[5]. ТВБ обикновено е двустранна, освен в случаите, когато е причинена от директно възпаление по съседство като абсцедирал апендикс, дивертикул или се е развил постхирургичен абсцес.

Клинично протичане

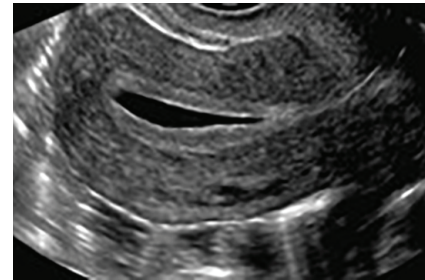
Най-честата изява е появата на остра тазова болка с различна интензивност^[2]. Понякога жените се оплакват от гадене и/или повръщане. Може да се наблюдава патологично вагинално съдържимо („течение“), генитално кървене, фебрилитет, понякога втрисане, диспареуния (болезнен полов акт).

Обективно изследване

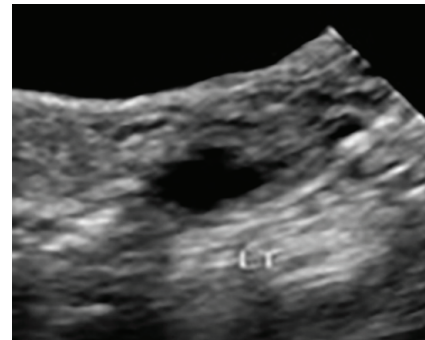
При палпация на корема се открива наличие на болезненост ниско в корема, а при напреднал възпалителен процес, наличие и на перитонеално дразнене. Важно е търсенето на болка в горен десен квадрант като израз на перихепатит при синдром на Fitz-Hugh-Curtis syndrome при хламидиална инфекция. При оглед със спекулум може да се намери обилно вагинално съдържимо (със или без специфична миризма), силна болезненост при раздвижване на маточната шийка (при гинекологичното туше) и/или силна болезненост и евентуално наличие на формации в аднексиалните зони. От параклиниката водеща е левкоцитозата и увеличеното CRP^[6].

Ехографска диагностика

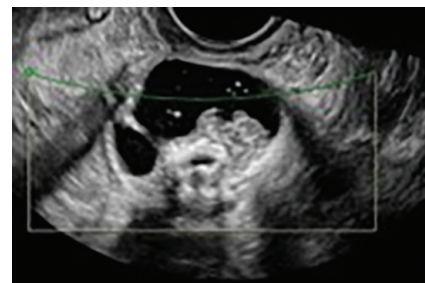
Ехографията е допълнителен диагностичен метод на пръв избор при абдоминална болка^[1]. Препоръчително е извършване както на трансабдоминална (ТАЕ), така и на трансвагинална ехография (ТВЕ). Ранните



Фигура 1:
ТВБ – задебелен ендометриум с наличие на свободна течност в Cavum Douglasi



Фигура 2:
Разширен лумен на маточната тръба



Фигура 3:
Разширен лумен на маточната тръба (хидросалинкс с прегради)

находки при ТВБ включват^[7]:

- Неразличими граници на матката.
- Ехогенна тазова тлъстина (мазници).
- Удебеление на маточните тръби.

Други, по-малко специфични изменения включват^[8]:

- Течност в кавум Дугласи.
- Течност в маточната кухина (Фиг. 1).
- Увеличен обем на яйчниците.
- Повишена ехогенност и васкуларност на ендометриума.

При най-тежките случаи ехографията може да открие аднексиални формации с хетерогенна ехострук-

тура. Някои от ехографските белези на възпаление на маточните тръби включват:

- Задебелени/разширени маточни тръби^[9].
- Течност в тръбите (хидросалпинкс) (Фиг. 2).
- Непълни прегради на тръбите (Фиг. 3).
- Повишена васкуларност около тръбата с Color Doppler.
- Маснатата тъкан около тръбите може да е ехогенна и да има малко количество реактивна свободна течност в таза.
- Ехогенна течност в тръбата, нееднородна структура при пилосалпинкс като резултат от обтурация на ампуларната част от сраствания.

Лечение и прогноза

При липса на усложнения ТВБ често се лекува амбулаторно и консервативно. Прилагат се антибиотици^[10].

Примерни схеми:

Хоспитализация (минимум 48 часа)

Cefoxitin (Mefoxin) 2 g парентерално на всеки 6 часа плюс doxycycline (Vibramycin) 100 mg парентерално. След това 100 mg орално или парентерално два пъти дневно, последвано от doxycycline 100 mg орално дневно амбулаторно за 14 дни.

Амбулаторно

Cefoxitin 2 g и.м. плюс doxycycline 100 mg два пъти дневно за 14 дни.

Заедно с антибиотичното лечение и след него е полезно назначаване

мо на препарати, които намаляват риска от развитие на последващи сраствания на органите в малък таз. У нас от много години се игнорира ролята на провеждането на балнеолечение и физиотерапия след понесена ТВБ. Тези методи са незаменима част от комплексния подход при лечение на ТВБ и предотвратяване на хроничното възпаление и сраствания в малкия таз. Трябва да се използва възможността при лечението на болните да се провежда и здравна просвета на засегнатите девойки и жени, както и препоръка за изследване и лечение на сексуалните партньори.

Възможни усложнения на ТВБ

- Пиосалпинкс.
- Тубо-овариален абсцес.
- Пелвиоперитонит.
- Дифузен перитонит.
- Перитонеални адхезии, причиняващи илеус.
- Синдром на Fitz-Hugh-Curtis.
- Тубарен инфертилитет.
- Извънматочна бременност.
- Хронична тазова болка.
- Диференциална диагноза
- Остър корем от хирургично естество (задължително консултиране с хирург)^[12,13].
- Карцином на маточната тръба – макар и рядка, тази патология е предизвикателство и трябва да се има предвид, когато въпреки антибиотичното лечение не се повлиява ТВБ^[2].

Изводи

Диагнозата на ТВБ се основава на клиничната находка и изисква повишено внимание. Тя се причинява как-

мо от най-честите полово-предавани инфекции като *N. gonorrhoeae* и *S. trachomatis*, така и от анаеробни вагинални патогени. Тъй като при много от пациентките при местване за полово-предавани инфекции (ППИ) се открива ко-инфекция с два или повече микроорганизми, препоръките са при жени с остра ТВБ те да се местват за повече причинители на ППИ^[14]. Когато лекуваме тежка ТВБ, трябва да се включват и антибиотици, повлияващи анаеробни бактерии. Да не се забравя и необходимостта от продължително прилагане на медикаменти и физиотерапевтични процедури, чиято цел е намаляване риска от сраствания в коремната кухина. Ранното откриване и лечение на инфекциите на маточната шийка може да предпази жените от развитие на ТВБ. ■

Книгопис:

1. Hillier S. L., Bernstein K.T., Aral S. A Review of the Challenges and Complexities in the Diagnosis, Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis of Pelvic Inflammatory Disease. The Journal of Infectious Diseases 2021, 224:(Suppl.2):S23-S28.
2. Curry A., Williams T., Penny M.L. PID: Diagnosis, management, and prevention. American Family Physician 2019 15:100:(6):357-364.
3. Radwinski T., Knipe H., Sharma R. et al. Pelvic inflammatory disease. Reference article, Radiopaedia.org 2023, <https://radiopaedia.org/articles/14987>
4. Mitchell C., Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. Infect Dis Clin North Am. 2013 27:(4):793-809.
5. Gunasekera Ch., Sakka N. El., Cook I. Nucleic acid amplification tests (NAATs) for diagnosing sexually transmitted infections (STIs): NHS Grampian (NHSG) experience. Microbiology 2020, 2: 215.
6. Wihlfahrt K., Günther V., Mendling W., et al. Sexually Transmitted Diseases-An Update and Overview of Current Research. Diagnostics (Basel). 2023, 8;13:(9):1656.
7. Horrow M., Rodgers S., Naqvi S. Ultrasound of Pelvic Inflammatory Disease. Ultrasound Clinics. 2007;2:(2):297-309.
8. Amirbekian S., Hooley R.J. Ultrasound Evaluation of Pelvic Pain. Radiol. Clin. North Am. 2014 52:(6): 1215-1235.
9. Handzel S. Pelvic Inflammatory Disease Ultrasound Markers to Look for When Making a Diagnosis. 2022, 25 юни, <https://www.volusonclub.net/empowered-womens-health/pelvic-inflammatory-disease-ultrasound-markers-to-look-for-when-making-a-diagnosis/>
10. Sweet R.L. Treatment of acute pelvic inflammatory disease. Infect Dis Obstet Gynecol. 2011;2011:561909.
11. Crossman S.H. The challenge of pelvic inflammatory disease. Am Fam Physician. 2006 1:73:(5):859-864. Erratum in: Am Fam Physician. 2006 Dec 15;74(12):2024.
12. Taira T., Broussard N., Bugg C. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and treatment in the emergency department. Emerg Med Pract. 2022 24:(12):1-24.
13. Frock-Welnak D.N., Tam J. Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022 49:(3):551-579.
14. Mohseni M., Simon L.V., Sheele J.M. Epidemiologic and Clinical Characteristics of Tubo-Ovarian Abscess, Hydrosalpinx, Pyosalpinx, and Oophoritis in Emergency Department Patients. Cureus. 2020 12:(11):e11647.